Rok XXXII. Kraków, 9. Grudnia 1893. Nr. 49.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmuja: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmuja:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

TREŚĆ: I. BIEGAŃSKI: Leukocytoza w zapaleniu płuc włóknikowem (dok.). — II. PRUS: O stósunku choroby Morvana do syryngomyelii i do trądu (c. d.). — III. *Oceny i sprawozdania.* — *Anatomia.* ABELES: Przypadek obojnactwa. — *Choroby wewnętrzne.* WASSERMANN: Rozróżnienie cierpień zapalnych płuc. — GERHARD: O fizycznem rozpoznawaniu kolki żółciowej. — *Choroby dzieci.* BAUMGARTEN: Intubacya O'Dwyera w zwężeniach przewlekłych krtani i tchawicy. — *Przegląd terapeutyczny.* — *Notatki terapeutyczne.* — IV. Sprawy Towarzystw lekarskich. — Towarzystwo lekarskie krakowskie. — V. KOZIEROWSKI: W jaki sposób należy uczyć się chemii lekarskiej? — VI. *Wiadomości bieżące.* — VII. Ogłoszenia.

I. Leukocytoza w zapaleniu płuc włóknikowem.

Przez
Władysława Biegańskiego,
lekarza szpitala N. P. M. w Częstochowie.

(Dok. Patrz Nr. 48.)

A teraz wypada nam pomówić słów kilka o kwestyi teoretycznej, zkąd powstaje leukocytoza w zapaleniu płuc. Kiedy Virchow przed laty obrabiał po raz pierwszy szczegółowiej kwestyę leukocytozy, głównie w celach wytłómaczenia bielicy, to kwestya ta wobec ówczesnych faktów naukowych rozstrzygała się bardzo łatwo. Leukocytoza, zdaniem Virchowa, powstaje wtedy, jeżeli narządy wytwarzające białe ciałka krwi (gruczoły chłonne, śledziona) są we wzmożonej czynności. Tym sposobem tłómaczyła się doskonale leukocytoza w bielicy (*leukaemia*), w kile (przymiocie) i kilku innych chorobach. Dla wytłómaczenia leukocytozy w zapaleniu płuc Virchow przypuszczał obrzmienie gruczołów chłonnych okołooskrzelowych i powiększenie się ich czynności. Tam więc, gdzie istnieje obrzmienie gruczołów okołooskrzelowych, występuje i leukocytoza; gdzie obrzmienia niema, niema także i leukocytozy. Teorya ta przetrwała prawie do ostatniego czasu. Dopiero, gdy w ostatnich latach zajęto się więcej badaniem krwi, przekonano się zaraz o wielu okolicznościach, zostających z tą teoryą w sprzeczności. — Dlaczego w bielicy rzekomej, pomimo rozległego obrzmienia gruczołów chłonnych, niema leukocytozy, dlaczego w durze brzusznym pomimo obrzmienia śledziony i gruczołów krezkowych leukocytoza również nie występuje; dlaczego nakoniec w gruźlicy płucnej, gdzie gruczoły okołooskrzelowe wcześnie ulegają obrzmieniu, leukocytoza wcale nie należy do zwykłych zjawisk w tej chorobie, oto wszystko okoliczności, przeczące proliferacyjnej teoryi leukocytozy Virchowa.

Należało więc stworzyć nową teoryę, któraby wszystkie okoliczności była w stanie wytłómaczyć. W myśl panujących obecnie poglądów Limbeck, na zasadzie swych badań, sprowadził leukocytozę do swoistego działania drobnoustrojów chorobotwórczych. Pewne, chorobotwórcze drobnoustroje a właściwie toksyny, substancye chemiczne, wytworzone przez te drobnoustroje mają posiadać własność przyciągania leukocytów (*chemotaxis*) i przez to powiększania ich ilości we krwi. Dla uzasadnienia tej teoryi, którą nazwać można chemotaktyczną, Limbeck przedsiębrał cały szereg doświadczeń na zwierzętach, zastrzykując im już to czyste hodowle drobnoustrojów, już to same toksyny i stale tym sposobem wytwarzał sztucznie leukocytozę. Doświadczalne badania Limbecka następnie sprawdził Löwitt[1]), który jednak wywiódł z doświadczeń tych inne wnioski. Löwitt znalazł, że po wprowadzeniu do krwi czystych hodowli lub toksyn, następuje przedewszystkiem znaczne zmniejszenie się ilości białych ciałek krwi, które dopiero potem ustępuje miejsca leukocytozie. Zmniejszenie to ilości leukocytów Löwitt przypisuje ich rozpadowi pod wpływem krążących we krwi toksyn. Ten stan zmniejszenia się ilości leukocytów przez rozpad nazywa autor *leucolysis* i tłómaczy nim powstawanie leukocytozy. Leukoliza następowa ma sprawiać powiększenie się czynności narządów, wyrabiających leukocyty i tym sposobem wywołuje leukocytozę. Zdaniem więc Löwitta leukocytozę poprzedzać zawsze musi rozpad białych ciałek krwi (*leucolysis*).

W bieżącym roku Schulz[2]) poddał krytyce doświadczalnej obie te teorye: i chemotaktyczną Limbecka i leukolityczną Löwitta i odmawia im właściwego uzasadnienia. Schulz nawet krytykuje samo pojęcie leukocytozy, jako pomnożenia ogólnej ilości białych ciałek krwi. Zdaniem tego autora jest wielce wątpliwą rzeczą, czy istnieje powiększe-

[1]) Löwitt: Studien zur Physiologie und Pathologie des Blutes und der Lymphe. 1892.

[2]) Schulz: Experimentelle Untersuchungen über das Vorkommen und diagnostische Bedeutung der Leukocythose. Deut. Arch. f. klin. Med. 1893.

nie się ogólnej ilości białych ciałek we krwi. Znajdywana w obwodowych naczyniach leukocytoza może być następstwem przeniesienia się leukocytów z żył jamy brzusznej, gdzie, jak dowiódł tenże autor, ilość leukocytów jest zawsze o wiele większa, aniżeli w naczyniach obwodowych. — W pewnych więc okolicznościach, wskutek niewiadomych przyczyn następuje uruchomienie zawartych we krwi żylnej a przylegających do ścianek żył leukocytów; dostają się one wtedy w znacznej ilości do ogólnego obiegu krwi i są przyczyną powstawania w obwodowych naczyniach leukocytozy. Takiego stanu rzeczy autor starał się dowieść doświadczalnie dla leukocytozy, występującej w czasie trawienia i przypuszcza, że taki sam stan być może i w leukocytozie patologicznej.

Takie są dotychczasowe teorye leukocytozy. Widzimy z powyższego, że zgody na tym punkcie niema żadnej, że całe tłómaczenie obraca się tutaj w sferze rozmaitych intuicyjnych hipotez. Każda jednak hipoteza, choćby najwięcej fantastyczna, będzie dobra, jeżeli jest w stanie wytłómaczyć wszystkie spostrzegane zjawiska. Otóż tego o powyższych teoryach powiedzieć nie można. Gdyby rzeczywiście leukocytoza była następstwem powiększenia się przypływu do krwi leukocytów bądź wskutek chemotaktycznego działania toksyn, bądź wskutek leukolizy, to krew w przypadkach leukocytozy zawierać powinna największą ilość komórek pierwiastkowych, limfocytów, czyli innemi słowy każda leukocytoza powinna być limfocytozą. Wiadomo bowiem, że komórki postępujące do krwi z gruczołów chłonnych i ze śledziony są to komórki jednojądrowe, t. zw. limfocyty. Limfa w przewodzie piersiowym zawiera jedynie a krew w żyle śledzionowej przeważnie limfocyty. Dopiero prawdopodobnie w samej krwi następuje przemiana jednojądrowych komórek na t. zw. przejściowe z jądrem wielopostaciowem a następnie z tych dopiero tworzą się komórki wielojądrowe. Wiele za tem przemawia, że komórki wielojądrowe następnie albo przenikają do tkanek i tam ulegają rozpadowi albo ulegają rozpadowi w samej krwi. Takim jest według obecnych poglądów ogólny bieg życia białego ciałka krwi.

Jeżeli więc następuje powiększenie się przypływu nowych ciałek do krwi, to badając krew znaleść powinniśmy przewagę po stronie limfocytów. Tym sposobem dadzą się wytłómaczyć dobrze wszystkie przypadki limfocytozy, n. p. w przymiocie, w bielicy gruczołowej i t. p. Inna rzecz z leukocytozą w zapaleniu płuc; tutaj znajdujemy olbrzymią przewagę po stronie komórek wielojądrowych. Ogólna ilość limfocytów, jak już zaznaczyliśmy, pozostaje niezmienioną, albo zmienioną niewiele; tymczasem wielojądrowe komórki znajdują się w ilości 3—4 razy większej. Przypływem więc świeżych elementów takiej leukocytozy wytłómaczyć nie możemy. Muszą tu widocznie zachodzić inne okoliczności.

Przypatrzmy się tylko w jakich okolicznościach, wskutek czego znika leukocytoza w czasie przesilenia w zapaleniu płuc. Ilość limfocytów nie ulega wtedy żadnej zmianie; giną zaś w ogromnej ilości komórki wielojądrowe. Dokładne spostrzeganie pokazuje, że komórki wielojądrowe znikają przez rozpad; powiększa się wtedy znacznie ilość ciałek rozpadowych, t. zw. płytek Bizzozera. Musi więc podczas gorączki, podczas choroby zachodzić jakaś okoliczność, która powstrzymuje prawidłowy rozpad komórek wielojądrowych. Wskutek tego ilość tych komórek we krwi zwiększa się znakomicie. Po przesileniu okoliczność ta widocznie przestaje działać i wtedy rozpad komórek wielojądrowych odbywa się gwałtownie. Okoliczności tej, stósownie do obecnych poglądów na choroby zakaźne, należy upatrywać w toksynach nagromadzających się we krwi w czasie choroby. Ztąd też leukocytozę w zapaleniu płuc należy sobie tłómaczyć w następujący sposób: Pod wpływem życia swoistych drobnoustrojów wytwarzają się toksyny, których obecność we krwi wstrzymuje rozpad komórek wielojądrowych. Komórki te nagromadzają się wskutek tego w nadmiernej ilości i wywołują właściwą leukocytozę. Po przełomie, kiedy toksyny ulegają eliminacyi, nagromadzone we krwi wielojądrowe komórki gwałtownie rozpadają się i krew wtedy zawiera mało komórek wielojądrowych, w następstwie czego limfocyty przeważają stósunkowo.

Trudniej wytłómaczyć nam na zasadzie tej teoryi ciężkie, śmiertelne przypadki zapalenia płuc, gdzie leukocytozy niema, gdzie ilość wielojądrowych komórek jest zmniejszona. Tutaj chyba należy przypuścić, że toksyn we krwi nagromadza się tak dużo, że nie tylko ograniczają rozpad komórek wielojądrowych, ale i przemianę limfocytów na komórki wielojądrowe, jednem słowem wstrzymują zupełnie bieg życia białych ciałek krwi.

Jeszcze trudniej wytłómaczyć możemy, dlaczego komórki eozynofilne znikają zupełnie ze krwi podczas przebiegu choroby a występują w powiększonej ilości po przełomie. Nie możemy dokładnie wytłómaczyć tej okoliczności, gdyż niewiele wiemy o warunkach tworzenia się komórek eozynofilnych. Klein[1]) na zasadzie pięknych i śmiałych, choć niestety hipotetycznych poglądów Neussera podaje następujące tłómaczenie tego zjawiska: Podczas gorączki w zapaleniu płuc czynność nerwu sympatycznego ulega porażeniu, po przełomie zaś następuje powrót a nawet powiększenie się tej czynności, co na zasadzie poglądów Neussera wyraża się powiększaniem wytwarzania komórek eozynofilnych w szpiku kostnym. Możebnem jest i inne jeszcze tłómaczenie, mianowicie, że tu mamy do czynienia podczas choroby z pewnem naczynioruchowem zboczeniem skóry, zmieniającem się radykalnie podczas przełomu (poty); skóra zaś, jak to wykazał Neusser, po szpiku kostnym odgrywa najważniejszą rolę w tworzeniu się komórek eozynofilnych.

Wracając jeszcze raz do teoryi leukocytozy w ogólności, musimy ostatecznie przyznać, że sprawa ta nie da się rozstrzygnąć jednostronnie. Niewątpliwie w tworzeniu się leukocytozy odgrywa rolę wiele okoliczności. Naprzód istnieje niewątpliwie leukocytoza wskutek wzmożenia się czynności krwiotwórczych narządów; leukocytoza występuje wtedy w postaci limfocytozy ze znaczną przewagą małych, jednojądrowych komórek. Takie źródło leukocytozy znajdujemy w bielicy gruczołowej i w przymiocie. Powtóre limfocytoza powstać jeszcze może i wskutek wstrzymania prawidłowej przemiany limfocytów w komórki wielojądrowe; tym sposobem nagromadza się we krwi dużo limfocytów wciąż dopływających z limfą a nie ulegających lub ulegających w zmniejszonym stósunku dalszym przeobrażeniom. Tak tylko wytłómaczyć sobie można te postacie limfocytozy, które przebiegają bez obrzmienia gruczołów i śledziony. Po trzecie leukocytoza powstać może wskutek wstrzymania rozpadu

---

[1]) Klein: Kilka słów o klinicznem badaniu krwi. Medycyna. 1893.

komórek wielojądrowych. Tutaj należy leukocytoza w zapaleniu płuc włóknikowem, o której bliższe szczegóły podaliśmy już powyżej. Nakoniec po czwarte leukocytoza powstać może wskutek ograniczenia rozpadu komórek wielojądrowych i równocześnie zwolnienia przeobrażenia limfocytów, jednem słowem wskutek zwolnienia biegu życia leukocytów. Komórki wtedy we krwi są w stósunku prawidłowym, ilość jednak wszystkich komórek jest powiększona.

Na tem kończę niniejszą pracę, jako przyczynek do tej niezmiernie ciekawej kwestyi patologii ludzkiej, która w obecnym czasie zajęła ogólną uwagę i obiecuje zdobycze nietylko zajmujące pod względem teoretycznym, ale i doniosłe pod względem praktycznym. Żywy impuls, jaki badaniom krwi nadali Ehrlich i Neusser, powinien i u nas zainteresować szerokie koła i pobudzać do pracy samodzielnej w tym względzie.

W końcu niech mi wolno będzie tutaj złożyć szczere podziękowanie kol. E. Kohnowi za czynną pomoc, okazaną mi w drobiazgowej pracy często powtarzanego badania krwi.

II. O stósunku choroby Morvana do syryngomyelii i do trądu.

Podał

Dr. Jan Prus we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 48.)

Wobec tych różnic w zapatrywaniach się a głównie w obec coraz silniejszych głosów, uważających, że choroba Morvana jest toż samo, co syryngomyelia, czuł się Morvan zniewolonym uzupełnić niejako symptomatologię swej choroby i postarać się o podanie pewnych cech wyróżniających tę chorobę od syryngomyelii i w ogóle od innych chorób. W pracy swej (*de l'anesthésie sous les divers modes dans la paréso-analgésie. Gaz. hébdomaire de méd. et de chirurg. 1889.*) zwraca uwagę, że choroba przez niego opisana różni się od syryngomyelii odmiennem zachowaniem się czucia i różnym stopniem zboczeń odżywczych. Gdy w pierwszej chorobie w obszarze, w którym upośledzone jest czucie bólu, istnieje także upośledzenie czucia dotyku i ciepłoty (chociaż nie zawsze w jednakowej mierze) a zboczenia odżywcze (cierpienia stawów, skrzywienie stosu pacierzowego i samoistne złamania kości) dochodzą znacznego stopnia i nigdy nie brak ropni na palcach i popękań skóry, to w syryngomyelii z reguły czucie dotyku nie jest upośledzone lub przynajmniej upośledzenie dotyku nie zajmuje całego obszaru, nawiedzonego analgezyą a zboczenia odżywcze nie są tak wybitne. Następnie nadmienia Morvan, że jakkolwiek z początku znane mu były tylko przypadki z przebiegiem postępującym, to przecież później miał sposobność spostrzegania przypadków, w których objawy nie zmieniały się, lecz na jednym stopniu utrzymywały, a nawet widział takie przypadki, w których znaczna część objawów chorobowych ustąpiła a mianowicie w jednym przypadku nietylko porażenie ruchu, lecz i porażenie czucia bólu zupełnie ustąpiło a pozostały tylko zboczenia odżywcze. Również dodaje, że pierwotna nazwa choroby *paréso-analgésie* jest obecnie jego zdaniem niestósowna, gdyż w niektórych przypadkach później spostrzeganych nie było wcale porażenia ani niedowładu. Że choroba przez niego opisana różną jest od syryngomyelii, dowodzić mają tego spostrzeżenia Gombaulta, który w nerwach palca amputowanego z powodu ropni na palcach znalazł głębokie zmiany zapalne i który w jednym przypadku oględzin pośmiertnych znalazł zmiany tak w rdzeniu pacierzowym, głównie w części szyjnej, a mianowicie stwardnienie obszaru korowego ze zgrubieniami ścian naczyniowych, jak i w nerwach obwodowych a zwłaszcza w nerwach kończyn górnych. Skreśliwszy objawy kliniczne choroby, kończy Morvan swą pracę twierdzeniem, że *paresoanalgesia* w swej najprostszej formie jest tylko zboczeniem w ośrodkach odżywczych w rdzeniu pacierzowym. Jeżeli to zboczenie rozszerza się z ośrodka odżywczego na sąsiednie sznury przednie, to powstaje forma już powikłana niedowładem i zanikiem mięśniowym; jeżeli zaś rozszerza się ku sąsiednim sznurom tylnym, to powstaje forma z upośledzeniem czucia bólu i innych rodzajów czucia.

Jakkolwiek A. Joffroy i Achard (*un cas de maladie de Morvan avec autopsie. Arch. de méd. expér. et d'anat. patholog. 1890. N. 4.*) na podstawie przypadku choroby Morvana klinicznie dokładnie obserwowanego, mimo tego, że sekcya wykazała syryngomyelię, wcale nie uważają się za uprawnionych do wniosku, że choroba Morvana jest odmianą syryngomyelii, to przecież Charcot od tego czasu głównie właśnie na podstawie tego przypadku uważa chorobę Morvana za odmianę syryngomyelii a zdanie to podziela obecnie przeważna część autorów.

Atoli jeszcze większy zamęt w tej kwestyi spornej powstał w najnowszych czasach, gdy niektórzy badacze (Zambaco Pacha) poczęli wygłaszać zdanie, że przypadki choroby Morvana stanowią tylko pewną formę trądu. W obec tego zupełnie usprawiedliwionym jest dokładny opis każdego przypadku, przedstawiającego obraz choroby Morvana, gdyż tylko przez wzbogacenie literatury dokładnie postrzeganemi przypadkami tej choroby, można sporną tę kwestyę rozstrzygnąć ostatecznie. Z tych to głównie pobudek podaję opis przypadku, który miałem sposobność obserwować w ciągu bieżącego roku w lecznicy lwowskiej.

Przypadek ten tyczy się kobiety 46-letniej, izraelitki, żony handlarza ze Zborowa. Ojciec chorej umarł w 62. roku życia na chorobę piersiową, matka jej umarła w 33 r. życia z duru brzusznego. Z rodzeństwa chorej żyje brat i dwie siostry, cieszące się zupełnem zdrowiem. Chora w 13. r. życia przebyła dur brzuszny, w 15. roku pojawiła się u niej regularność, w 23. roku wyszła za mąż, ma dwie córki, z których jedna liczy obecnie lat 16 a druga 13, zupełnie zdrowe; czworo jej dzieci umarło w wieku dziecięcym. Choroba obecna rozpoczęła się przed 8 laty bez widocznej przyczyny osłabieniem kończyny górnej prawej a przede wszystkiem mięśni barkowych tak, że chora nie była w stanie podnieść do góry kończyny w stawie barkowym, zwłaszcza rano, i mocnemi, rwiącemi bólami, rozpromieniającemi się wzdłuż kości ramieniowej prawej. Nieco później dostrzegła chora obrzmienie i znaczne zaczerwienienie skóry w okolicy kostki wewnętrznej na nodze lewej, poczem wśród bólów, dreszczów, mocnej gorączki i swędzenia, które zmuszało chorą do częstego drapania w tem miejscu, powstała wielka rana, która dopiero w ciągu pół roku się zagoiła. Nim jednak rana ta się zabliźniła a prawdopodobnie już po upływie kilku tygodni, licząc od chwili powstania tej rany, utworzył się pęcherz na kostce zewnętrznej po stronie prawej, po pęknięciu którego powstała rana powierzchowna, nie tak bolesna, a następnie zaczęły się tworzyć na palcach obu rąk

ropnie najrozmaitszej wielkości, które same pękały i wydzielały dość obficie ropę żółtawo-białą. Ropnie te tworzyły się zawsze po stronie dłoniowej palców najczęściej na opuszkach, nigdy zaś nie powstały na stronie grzbietowej palców. Zazwyczaj zdarzało się tak, że opuszka palca zaczęła jednego dnia nieco boleć i twardnieć (zaczerwienienia przytem nie miała chora nigdy dostrzedz), drugiego dnia pojawił się obrzęk mięśni a trzeciego dnia zwykle już pękał ropień. Zwykle ropnie tworzyły się na każdym palcu z osobna, czasem równocześnie u obu rąk. Najczęściej zdarzały się na ręce lewej. Ropnie tworzyły się kilkoma nawrotami; czy przytem kostki wychodziły, chora nie wie. Sądziła ona, że ropnie te tworzą się albo z przyczyny jej zatrudnienia przy pieczeniu chleba albo też z powodu rozdrapywania rany na kostce wewnętrznej. Podczas tworzenia się ropni chora albo nie doznawała wcale bólu w miejscach, gdzie ropnie się tworzyły, albo też bóle były tylko nieznaczne. W zimie w ogóle miała chora mniejsze czucie w palcach, niż w lecie; w zimie też czucie było czasem zupełnie zniesione. Przez całe trwanie choroby pojawiało się w różnych odstępach czasu, najczęściej w zimie, trętwienie języka i utrudnienie jego ruchomości tak, że chora nie była w stanie mówić po kilka dni swobodnie. Nadto często cierpiała na bóle zębów raz po jednej, drugi raz po drugiej stronie twarzy; dziąsła obrzmiewały i zęby wypadały szybko! Od czasu do czasu pojawiały się newralgiczne bóle wzdłuż przedramienia (od stawu nadgarstkowego aż do stawu łokciowego); często doznawała uczucia pieczenia w rękach; woda zimna nieco łagodziła to uczucie. Również czasem pojawiały się bardzo mocne bóle w karku a podówczas widać było zesztywnienie mięśni karkowych; to znów przychodziło czasami osłabienie mięśni karkowych takie, że głowa przechylała się to na jednę to na drugą stronę, a chora w pozycyi siedzącej nie była w stanie podnieść głowy do góry (wtedy głowa spadała na piersi, dzieci zaś musiały podnosić jej głowę i utrzymywać w pewnej żądanej pozycyi.) W tym czasie spostrzegła stopniowo wzmagające się wychudnienie rąk. Przed 5 laty pojawiły się w wielkim palcu u nogi lewej bóle, które najwięcej dokuczały chorej w nocy; nie przyszło jednak nigdy do wytworzenia się ropni na palcach nóg. W tym to czasie zaczęły zmniejszać się ostatnie falangi u małego palca i 4. palca nogi lewej bez żadnych owrzodzeń. Skutkiem ciągłego powtarzania się ropni na palcach rąk, uległy palce stopniowo tak znacznemu zniekształceniu, jakie dziś się przedstawia, a chora już od lat 3 nie może zajmować się żadną pracą. Przed 2 laty spostrzegła chora stopniowo wzmagające się zesztywnienie w obu stawach łokciowych; prostowanie i zginanie w stawie były coraz boleśniejsze, a wreszcie obie kończyny górne zesztywniały w stawach łokciowych pod kątem prostym. W tymże samym czasie dostrzegła chora stopniowo postępujące utrudnienie chodu z przyczyny uczucia ciężkości w nogach i mocnego pieczenia w piętach, co najwybitniej dawało się uczuć bezpośrednio po wstaniu i przy pierwszych krokach. Chód stał się ociężałym, powłóczystym i sztywnym. W ciągu całej choroby apetyt chorej był dosyć dobry i nie ulegał znaczniejszym zmianom. Natomiast sen pozostawiał nieraz wiele do życzenia. Od czasu do czasu pojawiało się rozwolnienie, trwające niekiedy po kilka tygodni. Od kilku lat chora kaszle, zwłaszcza w zimie. Bicia serca lub duszności znaczniejszej chora nigdy nie doznawała.

Stan obecny.

Kobieta wzrostu małego (na 135 cm. wysoka), o delikatnej budowie kośćca, bardzo źle odżywiona, podściółka tłuszczowa zanikła, skóra daje się ująć w fałd, który długo się utrzymuje, mięśnie wiotkie. Barwa skóry nieco śniada. Chora, okazująca mierną inteligencyę, trzyma się nieco ku przodowi nachylona, na twarzy maluje się przygnębienie, przerażenie i usposobienie płaczliwe. Tego rodzaju wyraz twarzy zawdzięcza swe powstanie głównie bardzo licznym zmarszczkom poprzecznym na obu wargach, mocno zaciśnionych i ścieńcza-



łych tak, że czerwieni warg prawie wcale nie widać. Głos chorej czysty, mowa wyraźna. Czaszka mała, symetryczna, okrągława. Spojówki blade, źrenice dobrze oddziaływają na światło, gałki oczne w dotykaniu dosyć miękkie; ruchy gałek ocznych, bystrość wzroku, zakres pola widzenia i poczucie barw prawidłowe. Słuch, smak i węch nie okazują żadnych zboczeń. Zębów znaczny brak; pozostały tylko w dolnej szczęce oba kły i po 2 trzonowe sąsiednie, w górnej zaś szczęce są 2 zęby sieczne i 2 trzonowe. Wargi blade, mocno pomarszczone. Język w środkowej swej części pokryty warstwą zgrubiałego przybłonka, z powodu czego przedstawia na swej powierzchni górnej, jak gdyby bliznę; brzegi nieco różowe, ruchomość języka prawidłowa. Błona śluzowa gardła blada, języczek dobrze się podnosi za fonacyą. Czucie na podniebieniu, języczku, języku i w ogóle błonie śluzowej ust prawidłowe. Ruchy czynne mięśni twarzowych i wszystkie rodzaje czucia na twarzy prawidłowe. Szyja dość krótka, dołek nadobojczykowy lewy nieco zapadły. Mięśnie skórne szyi po stronie prawej rysują się wybitnie. Wszelkie ruchy głową wykonywa chora należycie i swobodnie, nie doznając przytem żadnego bólu. Za uciskiem nerwów na głowie, szyi i karku nie można nigdzie wykazać szczególniejszej bolesności. Klatka piersiowa dość wąska, symetryczna. Tor oddechowy obojczykowy. Obie strony klatki piersiowej jednakowo się poruszają przy oddychaniu. Drżenie klatki piersiowej prawidłowe. Odgłos wypukowy jawny; dolna granica płuca prawego sięga do górnego brzegu 6-żebra. Stłumienie serca rozpoczyna się na dolnym brzegu 4-żebra, wymiar poprzeczny sięga od linii sutkowej lewej

do lewego brzegu mostka. Stos pacierzowy w środkowej części piersiowej nieco wygięty ku tyłowi (lekki garb). Odgłos wypukowy jawny. Przysłuch wykazuje w dolnych częściach płuc, zwłaszcza po prawej stronie, wiele rzężeń średniobańkowych. Z przodu szmery oddechowe nieco zaostrzone. Tony serca nieczyste; nad komórką lewą i wzdłuż mostka wyraźny szmer skurczowy, przeciągły; najwyraźniejszy nad koniuszkiem serca. Ton drugi nad tętnicą płucną nieco zaostrzony. Tętno 88 na minutę, nieco arytmiczne, oddechów 28. Buczenie nad żyłami szyjnemi, zwłaszcza po prawej stronie. Wątroba rozmiarów prawidłowych, śledziona niemacalna, rozmiary żołądka prawidłowe. Macica nie przedstawia żadnych zboczeń. Mocz w ilości litra na dobę, barwy czerwono-żółtej, oddziaływa kwaśno, ciężar gatunkowy 1·032, zawiera ślad białka, nie zawiera zaś cukru; moczany i kwas moczowy w ilości zwiększonej, chlorki w prawidłowej ilości, ilość fosforanów nieco zwiększona, urochromu zwiększona, uroksantyn w prawidłowej ilości; w osadzie: liczne kryształki moczanu sodowego, nieliczne kryształki kwasu moczowego, mała ilość ciałek białych, wałeczków ziarnistych ani szklistych nie napotkano.

Kończyny górne.

Mięśnie kończyn górnych w znacznym stopniu zanikłe. Wszystkie palce u obu rąk w wysokim stopniu zniekształcone a przede wszystkiem falangi mniej więcej o połowę skrócone.

Kończyna górna prawa.

Wielki palec ma kształt stożka ściętego z przyczyny, że druga falanga jest znacznie cieńsza, niż falanga pierwsza.



Długość palca wielkiego wynosi 2 cm. (długość każdej falangi 1 cm.) Obwód pierwszej falangi 6 cm., obwód drugiej falangi 4 cm. Szerokość paznogcia 0·8 cm., długość 0·7 cm. Skóra palca wielkiego po stronie grzbietowej brunatna, okazuje dwa maleńkie rowki w odpowiednich przegubach; od strony zaś dłoni skóra jest biała, napięta, twarda, ma również dwa rowki, z których pierwszy dosyć głęboki (w przegubie pomiędzy kością śródręcza a falangą pierwszą), drugi natomiast o wiele płytszy. Bierne ruchy palca wielkiego w stawie pomiędzy kością śródręcza a falangą pierwszą możliwe we wszystkich kierunkach aż do 45°, gdy tymczasem pomiędzy falangą pierwszą a drugą ruchomości wcale nie ma. Z ruchów czynnych możliwą jest tylko addukcya i abdukcya w granicach 20°; zginanie i prostowanie oraz przeciwstawianie są całkiem niemożliwe.

Palec wskazujący jest na 2 cm. długi, licząc od fałdu skóry pomiędzy palcem wskazującym a środkowym, (pierwsza falanga 1 cm., druga falanga 0·5 cm., trzecia falanga 0·5 cm.) Odległość końca palca wskazującego od fałdu skóry pomiędzy palcem wielkim a śródręczem wynosi 5 cm. Szerokość paznogcia 0·6 cm. długość 0·2 cm. Skóra na palcu wskazującym od strony grzbietowej brunatna, twarda, napięta nie daje się ująć we fałd, z widocznemi dwoma rowkami poprzecznemi, okazuje liczne białe plamy nieregularne, głównie w okolicy stawu przy nasadzie palca i pomiędzy falangą pierwszą a drugą. Plamy te trudno uważać za blizny nietylko dla tego, że chora stanowczo przeczy, żeby przedtem były jakiekolwiek owrzodzenia lub rany w tych miejscach, lecz także i z tej przyczyny, że plamy te przy dokładnem badaniu nie robią wrażenia blizny, ale przypominają odbarwienia skóry, znane pod nazwą *vitiligo alba*. Od strony dłoni skóra również twarda, biała przedstawia trzy rowki poprzeczne odpowiadające przegubom. Ruchy bierne i w stawie u nasady palca są znacznie ograniczone, abdukcya i addukcya możliwe w zakresie 15°, zginanie i prostowanie w zakresie 10°; gdy w stawie pomiędzy falangą pierwszą a drugą zgięcie jest możliwe w bardzo małym stopniu, okazuje staw ostatni zupełną sztywność. Z ruchów czynnych widocznym jest zaledwie ślad abdukcyi i addukcyi (3°).

Palec środkowy: długość 2·8 cm. (1·4 + 0·9 + 0·5), obwód falangi pierwszej: 6·3 cm., drugiej 5 cm, trzeciej 3·5 cm. Szerokość paznogcia 0·6, długość 0·3. Skóra po stronie grzbietowej brunatnawa, na drugiej falandze cokolwiek odbarwiona, okazuje wybitny rowek poprzeczny w okolicy stawu pomiędzy falangą pierwszą a drugą i dwa nieznaczne rowki. Od strony dłoni skóra jest napięta i wystaje pomiędzy trzema rowkami przegubowemi poduszkowato. Ruchy bierne i czynne zachowują się podobnie, jak na palcu wskazującym.

Palec czwarty: długość 2·6 cm. (1+0·8+0·8), obwód falangi pierwszej 6 cm., drugiej 4·8 cm., trzeciej 3·7 cm., szerokość paznogcia 0·9 cm., długość 0·5 cm. Po stronie grzbietowej na drugiej falandze znajduje się nieregularna plama biała. Rowki odpowiadające przegubom dosyć wybitne, skóra pomiędzy rowkami wystaje poduszkowato. Ruchy w stawach możliwe w zakresie nie wiele różniącym się od poprzednich.

Palec mały: długość 1·8 cm. (0·4+0·8+0·6), obwód falangi pierwszej 4·2 cm., drugiej 3·8 cm., trzeciej 3 cm., szerokość paznogcia 0·5 cm., długość 0·1 cm. Po stronie grzbietowej widoczny tylko jeden rowek poprzeczny, odpowiadający przegubowi pomiędzy falangą pierwszą a drugą, od strony zaś dłoni wyraźne są trzy rowki. Ruchy bierne możliwe w nieco większym zakresie niż u innych palców; mimo tego może chora wykonać tylko abdukcyę i addukcyę w zakresie 3°.

Kości śródręcza przy połączeniu z falangami nieco zgrubiałe. Długość śródręcza 5 cm., obwód śródręcza 15 cm., szerokość dłoni 6·5 cm. Skóra na grzbiecie ręki cienka, napięta, obrzękła, ciastowata (za uciskiem powstaje wyraźny dołek, długo się utrzymujący). Na skórze w okolicy stawu pomiędzy kością śródręcza a pierwszą falangą palca wskazującego, znajdują się trzy plamki białe, gwiazdkowate, przylegające do plamki znajdującej się na falandze pierwszej palca wskazującego a poprzednio już wspomnianej. Wzdłuż ścięgna wyprężającego palec środkowy widoczną jest plama biała, smugowata, łącząca się z większą plamą w okolicy stawu pomiędzy kością śródręcza a pierwszą falangą palca środkowego.

Nie tak wybitne są drobne plamki na grzbiecie ręki wzdłuż ścięgna wyprężającego palec czwarty i w okolicy stawu pomiędzy kością śródręcza a falangą pierwszą palca małego. Skóra na dłoni wzniesiona poduszkowato, cienka, delikatna, pulchna. *Thenar*, *hypothenar* wyraźnie się odznaczają.

Kości wchodzące w skład stawu nadgarstkowego zgrubiałe, obwód stawu 14 cm. Ruchy bierne w stawie nadgarstkowym: odwiedzenie ręki ku stronie palca małego możliwe aż do 10°, ku stronie palca wielkiego aż do 5°, zgięcie ku stronie dłoni możliwe do 10°, ku stronie grzbietowej wcale niemożliwe. Ruchy czynne: zgięcie ku stronie dłoni możliwe do 3° a odwiedzenie ku stronie palca małego do 5°.

Przedramię: długość 22 cm., obwód nieco powyżej stawu nadgarstkowego 1·5 cm., w bliskości stawu łokciowego 15 cm. Przedramię bardzo wychudłe, skóra mocno napięta, twarda, lśniąca, w bliskości stawu łokciowego zgrubiała. W stawie łokciowym zesztywnienie pod kątem prostym.

Staw łokciowy w okolicy główki kości sprychowej i w okolicy obu kłykci obrzmiały. Rowek, w którym przebiega nerw łokciowy, trudny do wymacania. Skóra lśniąca, pod uciskiem powstaje dołek, krótko trwający. Ruchy czynne i bierne możliwe w jednakowych zakresach a mianowicie: zgięcie w stawie łokciowym możliwe do 15°, pronacya i supinacya bardzo ograniczona (do 45°), t. j. z położenia, w którem płaszczyzna dłoni równoległa jest do płaszczyzny połowiącej ciało na dwie symetryczne części (przyczem wielki palec zwrócony jest ku górze), obrócić można rękę tak, że grzbiet ręki tworzy kąt 45° z poziomem (a palec wielki zwrócony jest ku wewnątrz). Przy tych ruchach obrotowych można wyczuć wyraźne chrupotanie około główki kości sprychowej.

Ramię wychudłe, długość 28 cm., obwód (w połowie długości ramienia) 15 cm. Ruchy bierne jakoteż czynne w stawie barkowym znacznie ograniczone. Abdukcya możliwa do 45°, ruch ku przodowi do 45°, w tył do 30°.

Aby choć w przybliżeniu uwidocznić, o ile używanie kończyny górnej prawej jest możliwe, wspomnę tylko, że chora z największym wysiłkiem dosięgnąć, może dłonią czoła, wielkim palcem ręki prawej dotknąć się może skroni prawej (ucha nie może dosięgnąć), końce palców położyć może na boku lewym, dłoń przesunąć może wzdłuż tułowia po stronie lewej aż do wyrostka przedniego górnego kości miednicowej; grzbietem ręki dotknąć się może okolicy kości krzyżowej; palcami nic nie jest w stanie uchwycić, sama nie jest w stanie się ubrać, ani rozebrać, przy ubieraniu może sobie tylko w ten sposób pomagać, że suknie przyciska do ciała dłonią lub przedramieniem i t. p.

Odruchy ścięgniste: w mięśniach ramieniowych, trójgłowym i dwugłowym i w zginaczach ręki bardzo słabe.

Pobudliwość mechaniczna mięśni wyprężaczy palców prawie zupełnie zniesiona; natomiast w mięśniach zginających palce i w mięśniach ramieniowych wyraźnie podwyższona.

Odruchy skórne znacznie przytępione. Po mocnem natarciu skóry pojawiają się późno nieznaczne pręgi czerwone, które dość szybko znikają.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Anatomija.

A b e l e s: **Przypadek obojnactwa.**

Autorowi przyniesiono dwudniowe dziecię dobrze zbudowane, aby oznaczył jego płeć. Narządy płciowe dziecka tego przedstawiały się tak: Między dwoma mięsistymi fałdami, kształtem przypominającymi wargi sromne większe znajdowało się ciało podobne do prącia. Ciało to okazuje niezwykłe wczesnemu wiekowi dziecięcia rozmiary i jest nieco ku dołowi pochylone; na dolnej jego powierzchni przebiega w linii środkowej rowek około 2 cm. długości mający, gubiący się tylnym końcem w cewce moczowej. Poniżej ujścia zewnętrznego cewki znajduje się zagłębienie płytkie, skórą wysłane. Nigdzie nie ma wejścia do pochwy. Jąder nie można wymacać, ani we fałdach skórnych, ani w przewodzie pachwinowym, ani również w międzykroczu. Rzyć prawidłowo wykształcona.

Rodzice dziecka w sile wieku, zdrowi; dziecię urodziło się w właściwym czasie i prawidłowo. Pierwsze dziecię tychże rodziców było również obojnakiem.

W przypadku powyższym można było przyjąć płeć żeńską, uważając fałdy za wargi sromne, ciało z pomiędzy nich sterczące za łechtaczkę, zagłębienie pod cewką moczową za pochwę niedokształtoną (*atresia vaginae*); z drugiej znów strony można się było oświadczyć za płcią męską, uważając fałdy za rozdzielone moszna i przyjmując *hypospadiasis* i *cryptorchismus*. Uwzględniwszy brak fałdów u dziecka, któreby odpowiadały wargom sromnym mniejszym i brak choćby najmniejszego otworu w zagłębieniu pod cewką, jako wejścia do pochwy, przyjął A. płeć męską za właściwą. Prócz tego wiadomo, że w podobnych przypadkach wrzekomego obojnactwa zwykłym jest w męskiej płci *cryptorchismus abdominalis*. (*Aerztl. Central. Anzeig. Nr. 23. 1892.*)

Dr. Wachholz.

Choroby wewnętrzne.

W a s s e r m a n n: **Rozróżnienie cierpień zapalnych płuc.**

Gdy ostre zapalenie włóknikowe (krupowe) płuc wszyscy bez wyjątku autorowie od dawna uznali jako postać chorobową ściśle odgraniczoną, to pod względem podziału i klasyfikacyi t. zw. zapalenia płuc nieżytowego czyli zrazikowego jest jeszcze zamęt. Jedni podział swój opierają na objawach klinicznych różnych postaci zapalenia, inni kładą główną wagę na przyczynę choroby a więc grupują się wedle jej etyologii, przyczem po największej części uważają tę formę zapalenia płuc jako chorobę drugorzędną.

Autor przypisuje największe znaczenie badaniu czynników wywołujących zapalenie płuc i na podstawie badań w zakładzie chorób zakaźnych Kocha w Berlinie opisuje dwie postacie zapalenia płuc zrazikowego: jedną wywołaną przez koki łańcuszkowe (*streptococcus*), drugą przez prątki influency Pfeiffera.

Objawy zapalenia płuc powstałego skutkiem działania streptokoków są zupełnie podobne do tych, które występują w przebiegu gruźlicy płuc przyostrej lub przewlekłej. To też chorych, których opis choroby W. podaje, posyłano po większej części do zakładu z rozpoznaniem gruźlicy płuc. Brak prątków gruźliczych w plwocinach, nawet czysto ropnych a, co według W. najważniejsza, brak wszelkiej reakcyi na tuberkulinę w wielkich dawkach wykluczały u chorych tych przypuszczenie gruźlicy. W przypadkach tych znachodził autor w plwocinie długie koki łańcuszkowe (*streptococcus longus*) tworzące na agarze drobno ziarniste, brunatnawe hodowle, w bulionie zaś, a lepiej jeszcze w bulionie z dodatkiem 1% cukru gronowego, wytwarzające po upływie 24 godzin osad kłaczkowaty, gdy reszta płynu pozostaje czystą. Jadowitość hodowli dla zwierząt była różna. Króliki ginęły po zastrzyknięciu 0·2 cm. sz. hodowli bulionowej w przeciągu 3—4 dni i można było w tych przypadkach we krwi i narządach wykazać obecność streptokoków. Stałego związku pomiędzy ciężkością przypadku a siłą za-

bójczą streptokoków z niego uzyskanych W. nie mógł wykryć. Rokowanie jest w chorobie tej pomyślne, jakkolwiek do zupełnego wyzdrowienia potrzeba dosyć długiego czasu, czasem kilku miesięcy. Jako powikłanie widział autor raz ropne zapalenie ucha środkowego (*otitis media purulenta*) przyczem w wydzielinie otrzymanej znaleziono takie same same streptokoki, jakie były w plwocinach. Leczenie zdążało do zniszczenia i wydalenia streptokoków i polegało na używaniu wziewań z olejków eterycznych lub zgęszczonego roztworu kamfory w eterze.

Odkrycie prątków influency przez Pfeiffera nie uzyskało zdaniem W. należnego uznania innych autorów. A przecież — tak w dalszym ciągu wywodzi W. — badania w ciągu dwóch lat w zakładzie Kocha na setkach przypadków chorobowych ustaliło znaczenie etyologiczne tych mikrobów i podało środek pewny a łatwy do rozpoznania influency i odróżnienia jej od innych chorób dróg oddechowych z podobnym do niej przebiegiem. Zapalente płuc występujące tak bardzo często podczas epidemii influency uważali jedni za powikłanie powstałe z przygotowania przez jad influency gruntu korzystnego dla rozwoju zapalenia płuc, inni za następstwo równoczesnej epidemii zapalenia płuc, a tylko nieliczne głosy odzywały się za przypuszczeniem, że zapalenie płuc należy w tych przypadkach do samej sprawy chorobowej, że jest więc wytworem mikrobów wywołujących influencę. Autor przychyla się stanowczo do zdania tych ostatnich a opiera się na wynikach badania bakteryologicznego plwocin osób dotkniętych zapaleniem płuc w przebiegu influency. W plwocinach tych nie znajdywał ani pneumokoków ani streptokoków; natomiast tworzyły one niejako czystą hodowlę prątków influency. Zapalenie płuc jest więc w tych przypadkach objawem rozszerzenia się sprawy chorobowej z oskrzeli na pęcherzyki płucne i nie ma nic wspólnego z żadną inną postacią zapalenia płuc. Przebieg tego zapalenia jest też zupełnie odmienny od przebiegu zapalenia płuc wywołanego przez *diplobacillus* Fraenkla.

Wywody swoje popiera Wassermann przytoczeniem kilku ciekawych opisów choroby. (*Deutsche med. Wochenschrift 1893. Nr. 48*).

Gerhard: **O fizycznem rozpoznawaniu kolki żółciowej.**

Napad kolki żółciowej wywołany ugrzęźnięciem kamienia w wspólnym przewodzie rozpoczyna się zazwyczaj w 4 do 5 godzin po obiedzie, to znaczy po dostaniu się treści żołądka do jelit w czasie odruchowego wypływawania żółci z pęcherzyka żółciowego. Stósownie do położenia i wielkości pęcherzyka, można go wcześniej lub później albo nie można go wcale wybadać poniżej dolnego brzegu wątroby. Początek napadu kolki może trwać blisko 2 godziny bez bolu, gdy pęcherzyk żółciowy jest już znacznie powiększony, i można u ludzi cierpiących na kamicę żółciową, opierając się na powiększeniu pęcherzyka, przepowiedzieć napad kolki, Gdy kamień przejdzie do jelita, obrzęk szybko znika, przyczem nieraz wyczuć można drobne trzeszczenie. W rzadkich przypadkach występuje w początku napadu w okolicy pęcherzyka żółciowego szmer naczyniowy rozkurczowy, który po napadzie znika. Po mocnym, dłużej trwającym napadzie pozostaje nad pęcherzykiem żółciowym podczas oddechu tarcie, które można wyczuć ręką a lepiej jeszcze słyszeć stetoskopem. To miejscowe zapalenie otrzewnej tłomaczy, dlaczego po ustaniu ciężkiego napadu bóle nie znikają odrazu. Przeciw temu bólowi otrzewnowemu lepsze usługi oddaje worek lodowy, niż okłady ciepłe tak skuteczne w samym napadzie. W czasie napadów dłużej trwających obrzmiewa także wątroba. Najważniejszy objaw kamicy żółciowej, tj. obrzmiewanie pęcherzyka żółciowego, przychodzi do skutku także z powodu innego rodzaju zatkania przewodu np. przez glisty lub wypocinę zapalną i t. p. Natomiast nie występuje ono nigdy w kardyalgii i w kolkach wątrobowych przyrody czysto nerwowej w przebiegu wiądu rdzenia, histeryi, rozsianego stwardnienia (*sclerosis multiplex*) choćby im towarzyszyła żółtaczka.

Jeżeli po kilku napadach kolki nie znajduje się kamieni w stolcach, tarcia w okolicy pęcherzyka nie ma a pęcherzyk nawet nie powiększa się w czasie napadu, można z dostateczną pewnością wykluczyć kamicę żółciową i z wielkiem podobieństwem do prawdy przypuścić nerwową kolkę wątrobową. (*Deutsche medic. Wochenschrift. 1893. Nr. 40*). *Beck.*

Choroby dzieci.

Baumgarten: **Intubacya O'Dwyera w zwężeniach przewlekłych krtani i tchawicy.**

Obie dawniej używane metody Schröttera w przewlekłych zwężeniach krtani zastępuje intubacya, gdyż rozszerzając miejsce zwężone, robi wolny dostęp powietrzu. Autor opisuje przypadek: *Laryngitis hypertrophica subglottica chronica* u chłopca 12-letniego, leczonego bez skutku kateterami Schröttera. Z powodu coraz większych objawów zwężenia krtani, robił autor na polecenie prof. Bókaya intubacyę. Po założeniu leżał tubus 66 godzin w krtani, następnie zakładał tubus codziennie na 5 godzin, poczem coraz rzadziej, 3—1 razu tygodniowo i to coraz grubszy, przez 6 miesięcy. Ponieważ mimo to granulacye nie znikły zupełnie, przeto przez 2 miesiące przyżegał kamieniem piekielnym po dwa razy tygodniowo i zaraz po tem zakładał tubus; następnie przez 3 miesiące raz tygodniowo intubował. Po tem leczeniu 11-miesięcznem w obrazie laryngoskopijnym przedstawiały się te granulacye jako punkty.

Przypadek drugi, opisany przez autora, tyczył się chłopca 14-letniego z rozpoznaniem przewlekłego zwężenia kiłowego tchawicy. Objawy duszności znaczne, w okolicy drugiej chrząstki pierścieniowej znaczne zwężenie. Autor robił intubacyę z początku codzień, później coraz rzadziej przez 3 miesiące; zwężenie ustąpiło zupełnie. (*Archiv für Kinderheilk. XV. Bd. V. i VI. H. 1893*).

Dr. Komorowski.

Przegląd terapeutyczny.

— Przeciw bólom i dolegliwościom z utrudnienia miesiączkowania zaleca Dr. Mattison konopie indyjskie w postaci czopków do pochwy i daje w tym celu do czopka po 0·05 *exti cannabis indicae* z równą ilości *exti belladonnae.* Czopki te okazały się także skuteczne przeciw bólom z przyczyny raka macicy. (*Birm. med. Journ. 1893*).

— W uwięźnieniu przepukliny radzi Gussenbauer parować eter na powierzchni obrzmienia, dając go naraz po jednej do dwóch łyżek stołowych, przyczem chory oczywiście leży na grzbiecie a uda ma zgięte ku miednicy. Eteru nalewa się co 10 lub 15 minut, dopóki obrzmienie nie zaczyna zmniejszać się, co następuje zwykle po 3 kwadransach do 3 godzin. Wtedy usiłuje się łagodnie odprowadzić przepuklinę, co się ma bardzo często udawać.

— Na posiedzeniu towarzystwa terapeutycznego paryskiego zdawał Cornet sprawę z doświadczeń swych wraz z Drem Bournevillem przeprowadzonych w szpitalu Bicêtre nad działaniem soku jądrowego na padaczkę.

Wstrzykiwano płyn przerzeczony w okolicę pośladków za pomocą strzykawki Strausa.

Były trzy szeregi doświadczeń, każdy na 10 dzieciach. W dwóch pierwszych używano wyciągu jądrowego byczego w stósunku 5% i 10%. Objętość płynu podwajano wodą wyjałowioną a wstrzykiwania te stopniowano co do mocy i ilości. W trzecim szeregu doświadczeń używano wyciągu z jąder baranich.

Po wyłączeniu dwóch było w leczeniu 28 chorych na padaczkę; z nich u 20 były napady po wstrzykiwaniach częstsze a u 8 rzadsze. Stan umysłowy chorych pod wpływem tych wstrzykiwań nie tylko się nie poprawiał, ale nawet pogarszał.

Wstrzykiwania te nawet nie zapobiegły powikłaniom; jedno z dzieci umarło podczas napadu a drugie bardzo wynędzniale zginęło skutkiem nawału do krwi do płuc.

W dyskusyi nad tem zdaniem sprawy zwrócił uwagę Paul, że Babès leczył dorosłych epileptyków plynem przyrządzonym z mózgu baraniego w ten sam sposób, jak go

sporządza się do leczenia wścieklizny i że u chorych, którzy miewali napady bardzo częste, bo codzienne, otrzymywał bardzo rychłe polepszenie. W tych badaniach terapeutycznych nie można i o tem zapominać, że napady padaczki pochodzić mogą z bardzo rozmaitych przyczyn zacząwszy od czerwiów w jelitach a kończąc na guzach w mózgu. — Paul sam doświadczał wyciągu ze substancyi nerwowej, lecz nie może pochwalić się żadnym wybitnym skutkiem. (*La médecine moderne. 25. listopada. 1893*).

Notatki terapeutyczne.

Na piegi (*ephelides*) zaleca prof. Neumann w Wiedniu używanie przez 8 dni z rzędu maści:

145) Rp. *Praecipitati albi*
Magisterii bismuthi *āā 1·70*
Cetacei
Cerae albae *āā 7·00*
Olei amygdalarum *14·00*
M. f. ungtum.
DS. Wieczorem wcierać.
(*Allg. Wiener med. Ztg. 1893*).

Vidal w Paryżu radzi przeciw brodawkom skórnym pomazywanie codzienne płynem:

146) Rp. *Acidi salicylici* *1·00*
Alcoholi *1·00*
Aetheris sulfurici *1·50*
Collodii *5·00*

Palm zaś uważa, że najlepiej tuszować je kwasem trójchlorooctowym, rozpuszczonym w małej ilości wyskoku. (*La médecine moderne. 29. listopada. 1893*).

W gruźlicy krtani radzi Cozzolino rozpylanie płynu:

147) Rp. *Mentholi* *0·50—0·80*
Balsami peruviani *5·00—10·00*
Spir. vini rectificati *10·00—15·00*
Aquae destil. *300·00*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 18. października 1893.

Prezes kol. Łazarski. — Obecnych członków 25.

I) Kol. Prezes przedstawia nadesłany *Pamiętnik oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie, wydany z powodu otwarcia nowego pawilonu chirurgicznego*, poczem wręcza go kol. bibliotekarzowi do przechowania.

II) Kol. Prezes wspomina, że już w niedługim czasie odbędzie się posiedzenie administracyjne, ztąd też jest już czas do wniesienia, jeżeli je kto ma, projektów zmian w statucie.

III) Kol. Prezes odczytuje odezwę Dra Rolanda, wzywającą do uczczenia zasług śp. Dra Wóycikowskiego, który wykonał pierwszy we Francyi owaryotomię. Kol. Prezes sądzi, że należy wziąć liczny udział w tem uczczeniu i wzywa do składek.

Kol. Kwaśnicki sądzi, że najlepszą rzeczą będzie, jeżeli *Przegląd lek.* zajmie się całą akcyą, kiedy już poprzednio ogłosił, że przyjmuje składki.

Kol. Mars objaśnia, że Redakcya *Przeglądu lek.* w przypisku niewyraźnie zredagowała to wezwanie do składek; wnosi, aby kol. Prezes osobiście porozumiał się z kol. Redaktorem i aby ponownie zaproszono Kolegów w *Przegl. lek.* do składek.

Kol. Pieniążek proponuje, aby także Prezes sam, nie pomijając wezwania w *Przeglądzie lek.*, zajął się składką i to już na posiedzeniu.

Kol. Mars zgadza się z kol. Pieniążkiem, ale przy swoim wniosku obstaje, bo chodzi i o Kolegów z prowincyi.

Wnioski koll. Marsa i Pieniążka przyjęto.

IV) Kol. Gluziński interpeluje kol. Prezesa, jak ma się rzecz z wydaniem słownika lekarskiego polskiego, które postanowiono na ostatnim Zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie.

Kol. Prezes wyjaśnia, że materyały po części przygotowano i przysłano; jak zaś daleko Komisya słownikowa postąpiła z tą pracą, na razie odpowiedzieć nie może.

Kol. Kwaśnicki wnosi, by kol. Prezes porozumiawszy się z Komisyą słownikową, dał na najbliższem posiedzeniu wyczerpującą odpowiedź.

Wniosek ten jednomyślnie jako uchwałę przyjęto.

Resztę posiedzenia poświęcono sprawom administracyjnym.

Sekretarz *Dr. Olszewski.*

Posiedzenie z dnia 8. listopada 1893 r.

Wiceprezes kol. Trzebicky. — Obecnych członków 29.

I) Kol. Wiceprezes wyjaśnia, że stósownie do życzenia Kolegów zgromadzonych na poprzedniem posiedzeniu, zapytał się przewodniczącego Komisyi słownikowej, jak się ma rzecz z tem wydawnictwem? — Otóż Komisya słownikowa gromadzi i zbiera materyał a zarazem oznajmiła, że będzie się starać wedle możności ukończyć swoje zadanie przed zjazdem przyszłorocznym.

II) Kol. Wiceprezes imieniem Komitetu proponuje na członka czynnego Tow. lek. krak. Dra Brudzewskiego.

Po głosowaniu i obliczeniu głosów przez koll. skrutatorów, ogłosił kol. Wiceprezes, że Dr. Brudzewski wybrany jednomyślnie członkiem Towarzystwa.

III) Kol. Pieniążek ma zapowiedziany wykład: *O zwężeniach krtani wywołanych przez zapalenie ochrzęstnej.* Kol. Prelegent zastanawia się nad obrazami laryngoskopijnemi, jakie spotyka się w zapaleniu ochrzęstnej (*perichondritis*), zależnemi od zajęcia chrząstki nalewkowej, obrączkowej lub tarczykowej, i wykazuje, o ile zmiany tu powstałe mogą wywołać zwężenie a tem samem dać powód do tracheotomii. Pod względem pozostałego po zapaleniu zwężenia, odróżnia kol. Prelegent zwężenia wywolane przez przerost (*hyperplasia*) błony śluzowej pod głośnią, jaki się wytwarza przy długiem trwaniu zapalenia, przyczem ruchomość może utrzymać się po obu lub po jednej stronie. Wtedy pomaga systematyczne rozszerzanie czopkami Schrötterowskiemi, ale tylko wtenczas, gdy tkanka przerosła jest zbita i twarda. Natomiast laryngofisura połączona z wycięciem przerosłych części ma zwykle skutek pomyślny tak, że później można usunąć kaniulę.

Gorzej jest, jeżeli obie chrząstki nalewkowe wraz ze strunami głosowemi są nieruchome. W tym razie próbował kol. P. wycięcia obok tkanki przerosłej także jednej struny głosowej.

W jednym przypadku usunął w ten sposób kaniulę; szpara jednak, którą uzyskał, była węższa, niż się spodziewał. W drugim przypadku wyjął kol. P. kaniulę, lecz musiał ją w kilka tygodni założyć na nowo. W trzecim przypadku nie można było całkiem wyjąć kaniuli. W tym więc wykonał kol. Prelegent jeszcze raz laryngofisurę z wycięciem części miękkich, o ile tylko dało się, najgłębszych. Drugą strunę głosową chciał kol. Prelegent zachować ze względu na głos. Gdy i ten zabieg okazał się niedostatecznym, wycięto strunę głosową i po drugiej stronie (poświęcając już głos) i teraz dopiero można było usunąć choremu kaniulę. Chory jednak za pomocą samych więzadeł fałszywych mógł i tak dość głośno mówić.

Jeszcze gorszym jest ten stan, w którym obok nieruchomości obu strun głosowych, tkanka wytworzona pod głośnią jest zbita i modzelowata, zwłaszcza jeżeli wytworzyła się nie tylko na ścianach bocznych, ale i na przedniej ścianie. W takim razie łatwo ona po wycięciu powraca, wytwarzając ponad kaniulą następowe bliznowate zwężenie. Zapobiegać temu można przez rozszerzanie sposobem Schrötterowskim po wykonaniu laryngofisury, co jednak wymaga dużo czasu i cierpliwości, tak ze strony chorego, jak i lekarza.

Za bardzo uporczywą formę zwężenia po zapaleniu ochrzęstnej uważa kol. P. tę, w której zapadły się chrząstki. W takich razach spodziewa się w niektórych przypadkach korzystnego

skutku po wycięciu klina w tylnej płycie chrząstki obrączkowej, jak to już raz kol. Rydygier wykonał w bliznowatem zwężeniu u jego chorego.

W ten sposób można rozszerzyć przestwór w krtani, zwłaszcza w miejscu jej zajęcia nad kaniulą, nie naruszając tęgości szkieletu chrząstkowego.

W dyskusyi kol. Mars zapytuje się kol. Prelegenta, dlaczego nie robi się w takich rozpaczliwych przypadkach resekcyi krtani? Kol. Obaliński: dlaczego kol. Pieniążek rezygnuje z głosu u swych chorych, u których wyciął więzadło, kiedy gdy się nawet całą krtań wytnie, jak to sam operował, głos może się utrzymać.

Kol. Prelegent w odpowiedzi kol. Marsowi oświadcza, że już myślał wykonywać w podobnych przypadkach połowiczą resekcyę krtani; kol. Obalińskiemu zaś, że zupełnie czystego głosu niema wówczas; nieraz jednak wycina się drugie więzadło, aby tylko zyskać szeroką szparę a przez to, o ile można, poprawić głos.

IV) Kol. Rościszewski przedstawił dwa przyrządy własnego pomysłu, służące do leczenia skrzywień kręgosłupa. Wadą wszystkich dotychczasowych przyrządów według zdania kol. Prelegenta jest: po pierwsze użycie niewłaściwego do nich materyału, t. j. płótna lub skóry, które z początku uciskają mocno, potem się poddają i przestają działać; po drugie, przyrządy te zwykle się odznaczają na pacyentkach przez suknie, wskutek czego natrafia się na opór w ich użyciu, zwłaszcza u pacyentek młodych.

Otóż przyrządy przedstawione przez kol. R. różnią się tem od innych, że pasy ciągnące zrobione są z gumy, przez co otrzymuje się działanie ciągłe, elastyczne, więc silne a dla pacyentek nie uciążliwe. Nadto zrobione są w ten sposób, że ich pod zwykłym stanikiem nic nie widać, wskutek czego pacyentki zgadzają się na nie chętnie. Sekretarz *Dr. Olszewski.*

V. W jaki sposób należy uczyć się chemii lekarskiej?

Napisał

Dr. med. Eugeniusz Kozierowski,

asystent katedry chemii w Uniw. lwowskim.

Odpowiedź na powyższe pytanie uważam za rzecz wielkiej wagi dla uczących się w obec tego, że coraz częściej zdarza się widzieć lekarzy lub medyków zabłąkanych w laboratoryach chemiczno-lekarskich i błąkających się tam bez podstaw naukowych, bez rutyny w procedurach chemicznych i bez wiadomości, w jaki sposób do pracy i do jakiej pracy naprzód zabrać się należy. Chęć zaś i uczucie potrzeby obeznania się z chemią lekarską przypisać trzeba kierunkowi, jaki przedstawiają w ostatnich czasach nauki lekarskie w ogólności a medycyna wewnętrzna i higiena w szczególności. Powołały one na swe usługi chemią, bakteryologię i farmakologię jako nauki pomocnicze. I w istocie postawiły one medycynę wspólnie z metodami fizycznego badania i obserwacyi czysto klinicznej na tak wysokim stopniu, na jakim znajdują się obecnie, i nadal wspierać ją i rozwijać będą. To też medycyna zżyła się z temi naukami do tego stopnia, że obecnie, niektóre zwłaszcza jej działy bez nich istniećby nie mogły. Ten nowy kierunek medycyny uwidocznia się najlepiej w pracach wydawanych ostatnimi czasami. Gdy dawniej prace lekarskie uwzględniały w pierwszym rzędzie kazuistykę, rzadsze objawy chorobowe i ich przebieg, to dziś na pierwszy plan wychodzą prace z dziedziny chemii i bakteryologii lekarskiej. Jest w tem dużo słuszności; badania bowiem w tym względzie dają jedyny często sposób rozpoznania choroby, uzasadniają leczenie i wskazują profilaksę.

Z tych nauk pomocniczych nie poślednie miejsce przypada chemii lekarskiej a potrzebę tego przedmiotu oceniono w niektórych państwach do tego stopnia, że wliczono go w poczet przedmiotów obowiązkowych, równorzędnych z innymi. U nas wprawdzie takiej ustawy nie ma; pomimo to jednak coraz więcej lekarzy dobrowolnie pragnie się z nim zaznajomić; co więcej, kliniki lekarskie i szpitale tworzą własne pracownie chemiczne i nadają im samodzielnych kierowników, w nowszych podręcznikach metod fizycznego badania całe rozdziały poświęcają się chemii lekarskiej, higiena dzisiejsza stoi z chemią w najściślejszym związku, wreszcie w ostatnich czasach pojawiły się podręczniki chemii ścisłej wyłącznie dla lekarzy napisane i przeznaczone.

Z objawami tymi liczyć się należy; dziwić się więc nie można, że lekarze i medycy szukają sposobności do pracy w chemii lekarskiej i coraz chętniej, zwłaszcza za granicą zajmują się tym przedmiotem.

Owoce jednak tej pracy są często bardzo małe i nie zostają w proporcyi do trudów i zabiegu. Przyczyną tego jest do pewnego stopnia obszerność samego przedmiotu, głównie zaś brak podstaw naukowych potrzebnych do tej pracy, brak planu i systemu. Żałować należy tych, którzy, postanowiwszy sobie p o d u c z y ć s i ę t r o c h ę chemii lekarskiej, przychodzą do pracowni i zabierają się odrazu n. p. do ilościowego oznaczenia kwasu solnego w przebiegu trawienia żołądkowego, do otrzymania leucyny lub tyrozyny, do badań nad białkiem i przetworami jego trawienia i do innych, tym podobnych prac wymagających wielkiego przygotowania się teoretycznego i praktycznego. Następstwem takiej pracy bywa albo zniechęcenie się w krótkim czasie do przedmiotu albo też zaznajomienie się z nim powierzchowne, bez zrozumienia go, bez pojęcia celu badań, ich przyczyn, przebiegu i ocenienia wyników. Często też porzuca taki adept nauki myśl poduczenia się chemii lekarskiej lub pracując dalej pracuje nieracyonalnie, używa wyrazów jak n. p. tetrapapier, kwas amido-etyleno-sulfonowy i t. p., nie rozumiejąc ich znaczenia i pochodzenia.

Natura przedmiotu bezwarunkowo nie pozwala na traktowanie go powierzchowne i na wyrywki. Już prędzej możnaby n. p. w medycynie wewnętrznej pracować w dziale chorób nerwowych nie znając chorób płucnych, lub w chirurgii wykonać resekcyę kolana nie znając trepanacyi czaszki; w chemii jednak bezwarunkowo nie można pracować korzystnie w jednym dziale, nad jednem ciałem, nad jednem miareczkowaniem, nie znając działów innych, setek ciał innych i ich własności, nie znając jednem słowem systematyki całej chemii, podstaw jej teoretycznych i praktycznych. Jeszcze może w wyższym stopniu tyczy się to pracy w chemii lekarskiej, która zajmuje się przeważnie ciałami najmniej dotychczas poznanemi, o składzie i budowie najzawilszej. Pracę utrudnia i zwiększa potrzebę rutyny, dokładności i czystości w ćwiczeniach i ta jeszcze okoliczność, że wydzielanie ciała bywa zwykle żmudne i trwa długo, oczyszczanie go i scharakteryzowanie jako indywiduum chemicznego często bardzo trudne.

Z tych wszystkich powodów praca w chemii lekarskiej, chociażby nawet bardzo ograniczona, wymaga oprócz nieodzownej rutyny, dokładności i cierpliwości, zalet nabranych w pracy nad prostemi ciałami, także znajomości chemii ogólnej a przedewszystkiem organicznej. Pierwszy lepszy przykład niech poprze powyższe twierdzenie. Ktoś chce otrzymać t y r o z y n ę. Jestto ciało do otrzymania stosunkowo łatwe a bu

dowa jego chemiczna dość prosta i jasna. Aby jednak otrzymać to ciało, uskutecznić trzeba wiele manipulacyj, trzeba rozpuszczać, przesączać, parować, strącać, krystalizować i t. d. Ciało użyte do rozpuszczenia pierwotnej substancyi trzeba usunąć za pomocą utworzenia związków nierozpuszczalnych. Już więc dotychczas potrzebnym jest spory zasób zabiegów na pozór prostych, w istocie jednak wymagających wprawy i dokładności. Już dotychczas oprzeć się trzeba było na chemii nieorganicznej, na własnościach pewnych ciał i warunkach ich tworzenia się. Przypuśćmy, że udało się otrzymać preparat czystej, krystalicznej tyrozyny. Teraz przychodzi jednak pytanie, co to jest właściwie tyrozyna, z czego się składa, jaka jej budowa, boć słowo tyrozyna jest przypadkowe i niczego nie tłómaczy. W pierwszym lepszym podręczniku odszukać można jego objaśnienie. Tyrozyna jestto kwas para-oksyfenilo-α-amidopropionowy a wzór jego jest $C_9H_{11}NO_3$. Wzór ten daje nam wprawdzie wyobrażenie o jakościowym składzie tego ciała, nie uwidocznia jednak zupełnie budowy jego chemicznej. Odszukać przeto trzeba wzór strukturowy, ten zaś przedstawia się tak:

$$C_6H_4 \begin{cases} OH (1) \\ CH_2 - CH(NH_2) - COOH \end{cases}$$

(Dokończenie nastąpi.)

VI. Wiadomości bieżące.

— Pan Minister Wyznań i Oświaty zatwierdził uchwałę kolegium lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie dopuszczającą Dra Franciszka Sroczyńskiego na docenta prywatnego okulistyki w tymże uniwersytecie.

— Mamy do zapisania dziś przyjemną wiadomość tyczącą się naszego ziomka a zarazem współpracownika *Przeglądu lek.* Jak bowiem dowiadujemy się z listu temi dniami nadeszłego z Konstantynopola do Krakowa, przybył w dniu 25. listopada na posiedzenie najwyższej rady zdrowia tureckiej adjutant sułtański i odczytał *irade*, w którem sultan „w uznaniu lojalnego postępowania dla interesów państwa otomańskiego na konferencyi we Wenecyi, za zasługi położone w Dżeddzie i w El-Tor i niezmordowaną pracę koło tępienia cholery, nadaje Drowi Justynowi Karlińskiemu order Osmanje 3. klasy, na drobne jego wydatki za pierwszy miesiąc pobytu w Konstantynopolu poleca mu wypłacić 400 funtów tureckich (= 4100 złr.), żonie zaś jego za zasługi położone w ostatniej podróży z Dżeddy około chorych kobiet tureckich, nadaje order Szefakat 2. klasy, zarazem zastrzega sobie N. Pan dalszą służbę Dra Karlińskiego".

— Towarzystwo lekarzy lubelskich w r. 1892/3 odbyło ogółem 12 posiedzeń, z tych pierwsze d. 4. lipca ogólne, przeznaczone na wybory zarządu i sprawozdania i jedno nadzwyczajne, zwołane z powodu epidemii cholery, dla zorganizowania dyżurów, wypracowania odpowiednich instrukcyj dla ludności i t. p., oraz 10 posiedzeń zwyczajnych, poświęconych pracom specyalnym. Ważniejsze z tych prac odczytanych na posiedzeniach są następujące:

Olechnowicz: Szlachta i włościanie, przyczynek do charakterystyki antropologicznej ludności gubernii lubelskiej.
Schmidt: Sprawozdanie o początku cholery w Biskupicach.
Tetz: 1) Sprawozdanie z ruchu chorych w szpitalu dla cholerycznych. 2) Demonstracya chorego dotkniętego chorobą Gilles de la Tourretta. 3) Przypadek *lichen ruber accuminatus.* 4) O zaraźliwości zapalenia płuc. 5) O skuteczności salicylanu sody w zapaleniu opłucnej.
Downar: 1) O owrzodzeniach rogówki rozwijających się w przebiegu tyfoidu cholerycznego. 2) Znamię macierzyste jednostronne.
Zagórski: O ropniach przerzutowych po cholerze.
Mierzyński i stud. med. Brunner: Sprawozdanie z prac dokonanych w laboratoryum chem. i bakteryolog. dotyczących wody studziennej w Lublinie.
Jaworowski: 1) Przypadek macicy podwójnej. 2) Przypadek braku macicy i jajowodów. 3) Współczesny przebieg odry i płonicy u dwóch chłopców.
Kosiejowski: Przypadek zropienia torbieli skórzastej jajnika i wyleczenia siłami natury przez otwarcie się do prostnicy.
Staniszewski: O zastrzykiwaniu tyosynaminy w limfomatach.
Dziewiszek: Sprawozdanie z ruchu chorych w szpitalu miejskim w Zamościu.
Sochacki: Opis przyrządów uproszczonych w praktyce wiejskiej.
Karpiński: O glistach znalezionych w guzie w okolicy pachwinowej.

Prócz większych kommunikatów wyżej wymienionych były liczne demonstracye chorych, okazywanych przeważnie przez kolegów chirurgów przed lub po operacyach.

Epidemia cholery, która srodze dotknęła okolicę a nadewszystko miasto Lublin, była przedmiotem relacyj i dyskusyj o środkach zapobiegawczych, których ostatecznym wynikiem był odpowiedni referat do właściwej władzy o koniecznej potrzebie kamery desinfekcyjnej.

Biblioteka w ciągu roku sprawozdawczego powiększyła się o 74 dzieł w 91 tomach, czyli że ogółem obejmuje 2350 dzieł w 4717 tomach. W drodze wymiany otrzymywało Towarzystwo Gazetę lekarską, Časopis lekařův Českych, Južno ruskaja med. gazeta i Archiv biołogiczeskich nauk, oraz sprawozdania z posiedzeń i prace 23 Towarzystw lekarskich. Po przeniesieniu biblioteki do nowego lokalu otworzoną została czytelnia, którą zasilali członkowie abonowanemi przez siebie czasopismami.

Większością głosów wybrani na rok przyszły: Dr. Feliks Głogowski na przewodniczącego, Dr. Eligiusz Kuszelewski na wiceprezesa, Dr. Gustaw Doliński na sekretarza, Dr. Aleksander Jaworowski na bibliotekarza, Dr. Jan Karo na skarbnika.

— Dla międzynarodowego kongresu higienicznego i demograficznego, odbyć się mającego w roku przyszłym w Budapeszcie, wybrano czas od 1. do 9. września.

Na kongresie tym powstanie po raz pierwszy sekcya dla higieny i etyologii chorób w krajach podzwrotnikowych, jak czerwonki, malaryi, żółtej febry, słoniowaciny, beriberi, chorób wątroby, wpływu klimatu podzwrotnikowego na Europejczyków, działaniu alkoholu, makowca i innych narkotyków w tych krajach i t. d. Przewodniczącym tej sekcyi obrano jeneralnego lekarza armii bengalskiej, Dukę.

— W dniu 18. listopada b. r. odsłoniono w Meranie pomnik Dra Franciszka Tappeinera, seniora tamtejszych lekarzy, około rozwoju tej miejscowości klimatycznej wielce zasłużonego.

— W Londynie utrzymuje się epidemia błonicy, o czem już donieśliśmy; w trzecim tygodniu listopada umarło na nią 102 osób.

— W więzieniu Dannemara pod Nowym Jorkiem wykonano w dniu 25. października b. r. wyrok śmierci prądem elektrycznym czyli tak zwaną elektrokucyą, po raz pierwszy w sposób, można powiedzieć, udatny, bez tych strasznych scen, jakie towarzyszyły wykonaniu aktu sprawiedliwości w Auburn, o czem donieśliśmy w swym czasie w *Przeglądzie lekarskim.* Użyto w ciągu pierwszych 4 sekund prądu o napięciu 1640 wolt, następnie zmniejszono go stopniowo do 150 wolt a w końcu zwiększono go w dwóch sekundach znów do 1640 wolt. Ażeby zabezpieczyć się przeciw niedostateczności maszyny dynamoelektrycznej, połączono już naprzód przyrząd właściwy z przewodami służącemi do oświetlania miasta elektrycznością.

— Dr. Mikołaj Szontagh, węgierski radca zdrowia i lekarz sanatorym w Nowym Szmeksie, wyjechał na zimę do Abbazyi, gdzie będzie praktykować.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.